

平成30年度
第1回救急医療対策協議会
会議録

平成30年5月14日
東京都福祉保健局

(午後 5時30分 開会)

○行本救急災害医療課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成30年度第1回救急医療対策協議会を開催させていただきます。

私は、福祉保健局医療政策部救急災害医療課長の行本と申します。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、矢沢医療政策部長よりご挨拶申し上げます。

○矢沢医療政策部長 本年4月に医療政策部長を拝命いたしました矢沢でございます。

日ごろから、先生方におかれましては、東京都の医療・福祉行政、とりわけ救急医療行政にご尽力いただきまして、まことにありがとうございます。

さて、この協議会は昭和46年から設置をされておりました、これまで貴重なご意見を賜りながら、私ども、救急医療体制を整備したところでございます。近いところでは平成20年の「迅速・適切な救急医療の確保について」によりまして、平成21年から東京ルールを開始いたしました。また、平成25年には、「社会構造の変化に対する救急医療体制のあり方について」を取りまとめたいただきまして、二次救急医療体制を抜本的に見直して現在に至っているところでございます。その結果、東京ルールの事案は平成23年の1万4,000件から平成29年には6,000件まで減少しているところでございます。

そうした中、東京都は、ことしの3月、第7次東京都保健医療計画を策定いたしました。誰もが質の高い医療を受けられ安心して暮らせる東京の実現を目指しまして、救急医療対策は、いつでも、どこでも、誰でも、その症状に応じた適切な医療が迅速に受けられる救急医療体制の確保を構築していくことといたしました。改定に当たりましてご指導賜りましたことを、心からお礼申し上げます。

高齢者人口の増加が見込まれる中、特に75歳以上の増加があり、高齢者の生活や症状に応じた救急医療体制の整備が求められております。本日は、地域包括ケアシステムにおけます迅速・適切な救急医療の確保についてのご意見を賜りますが、この課題につきましても引き続きさまざまな角度から検討してまいりたいと考えております。そのほか、東京都保健医療計画の取り組みの方向性、指標の進捗管理、また追加すべき課題や指標等につきましても本協議会の先生方の意見を踏まえて、その意見を賜りながら進めてまいりたいと考えております。引き続きご指導、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

きょうは、どうぞよろしくお願いいたします。

○行本救急災害医療課長 それでは、本日の配付資料についてですが、次第の下の部分、四角に囲まれているところにありますように、資料1から8となっております。事務局のほうで確認はしておりますが、万一、不足または落丁等ございましたら、議事の途中でも結構ですので事務局にお知らせください。

次に、続きまして委員のご紹介ですが、次第を1枚おめくりいただきまして資料1ー

1をごらんください。

本日は、委員改選後、第1回目の協議会となりますが、引き続きご就任いただいている委員も多数いらっしゃいますので、時間の都合上、名簿の内容でかえさせていただきたいと思いますが、昨年度から変更のあった委員のみご紹介させていただきます。

日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授の横田委員でございます。

- 横田委員 横田です。よろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 医療法人社団温光会内藤病院院長の内藤委員でございます。
- 内藤委員 内藤です。よろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 帝京大学医学部附属病院院長の坂本委員でございます。
- 坂本委員 坂本です。よろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 杉並区健康担当部長兼保健所長の木村委員でございます。
- 木村委員 木村でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 島しょ保健所長、大久保委員でございます。
- 大久保委員 大久保でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 出欠でございますが、あと竹内委員につきましては本日はご欠席とのご連絡を受けております。

また、本日は、近藤委員の代理として、都立多摩総合医療センター救急・総合診療センター部長の西田様、今回変更のありました警視庁交通部交通総務課長の中村委員の代理として、警視庁交通部交通総務課渉外広報係長の石原様、森住委員の代理として、東京消防庁救急部救急医務課長の江原様にご出席いただいております。

続きまして、事務局職員をご紹介します。

医療政策担当部長の花本でございます。

- 花本医療政策担当部長 花本です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 医療政策課長の鈴木でございます。
- 鈴木医療政策課長 鈴木です。よろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 地域医療担当課長の久村でございます。
- 久村地域医療担当課長 久村でございます。よろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 救急医療担当課長代理の中新井田でございます。
- 中新井田救急医療担当課長代理 中新井田と申します。
- 行本救急災害医療課長 災害医療担当課長の清武でございます。
- 清武災害医療担当課長 清武です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 病院経営本部サービス推進部長の山口でございます。
- 山口サービス推進部長 山口です。よろしくお願いいたします。
- 行本救急災害医療課長 よろしくよろしくお願いいたします。

続きまして、会議の公開についてご説明いたします。

当会議は、会議、会議に関する資料、会議録等が公開となっておりますが、委員の発

議により出席委員の過半数で議決したときは会議または会議録を公開しないことができます。本日につきましては公開という形で進めさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○行本救急災害医療課長 それでは、公開で進めさせていただきます。

続きまして、会長の選出を行わせていただきます。

救急医療対策協議会要綱第5の規定に基づき、委員の互選により選任をお願いしたいと思いますが、どなたかご発言等ありますでしょうか。

有賀委員、お願いいたします。

○有賀委員 この分野で大変造詣の深い、私の先輩になりますが、島崎先生に委員長をお願いしたいというふうに思う次第ですが、いかがでしょうか。よろしく申し上げます。

○行本救急災害医療課長 ただいま島崎委員の推薦のご提案がございましたが、いかがでしょうか。

(異議なし)

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。それでは、島崎委員、会長をお願いしたいと思います。お手数ですが、会長席のほうに。

それでは、島崎会長、一言ご挨拶をお願いできればと思います。

○島崎会長 島崎でございます。皆様、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

この救対協、前回は昨年7月ごろということで、ほぼ1年近い皆様との顔合わせということになるかと思います。この救対協では、今、矢沢部長のほうからお話ありましたように、東京都の救急医療にかかわる、かなり重要な部分の施策をここで決めてきて、それがそのまま、かなり具体的に現場で運営されているということで、これ非常に重要な会議じゃないかなというように思っております。それで、きょうは一つの審議事項と、それから五つの報告事項ということでございますが、いずれも地域の救急医療が、地域で一体となって動けるようなシステムをどう効率的に運用していくかというようなことが盛り込まれているかと思います。皆様の活発なご意見をお願いしたいというように思います。よろしく申し上げます。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。

それでは、この後の会議の進行につきましては島崎会長をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○島崎会長 では、座って失礼いたします。

審議に入らせていただきますが、今申し上げましたように審議事項が1件と報告事項が5件ございます。審議事項は、地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療についてということになります。これは、昨年の4月からこの協議会の一部と外部委員で構成する検討委員会を設置いたしまして、有賀委員長をお願いして有賀委員長を中心

に精力的にご検討をいただきまして、前回の7月には中間のまとめをここで審議いたしました。本日は、その後の検討内容を踏まえて最終報告が案として提出されておりますので、ご報告をいただいた後、その内容について審議いただきたいというように思います。

事務局から、まず説明をお願いできますか。

○中新井田救急医療担当課長代理 では、事務局、救急災害医療課、中新井田からご報告いたします。

お手元の資料の2をごらんください。ただいま島崎会長からもご紹介いただきましたけれども、有賀委員を委員長としまして検討委員会を設置し検討した内容でございます。

まず、1枚おめくりいただきまして、目次のところをごらんいただきたいと思います。

目次では、第1から第4までは高齢者の救急医療を取り巻く状況や、あと都の取組、現状・課題について取りまとめてございます。第5は施策の方向性、第6はその他の課題としてございます。前回、昨年7月のこちらの協議会におきましても中間のまとめとしてご審議いただきましたが、簡単に振り返らせていただきます。

まず、2ページ目をごらんください。

2ページ目は救急搬送人員の推移等が出ておりますけれども、救急搬送人員は年々増加しておりまして、65歳以上の搬送割合は平成28年には50.1%に達してございます。この救急搬送元としては、これ平成26年の都の調査になりますけれども、自宅や外出先が最も多く約84%となっております。こちらの報告書は、この網かけの部分、在宅療養患者を含みます自宅等で生活する高齢者を検討の対象としてございます。

なお、「高齢者施設等約7%」というところがございますが、こちらは別の検討会を設置してございますので、議事後、資料3により、また報告をさせていただきます。

それでは、4ページをごらんください。

4ページ、第3、東京都におけるこれまでの取組として、(1)の三次救急から、(2)二次救急、(3)初期救急、(4)救急医療の東京ルール等の救急医療体制について。それから、1枚おめくりいただきまして5ページになりますけれども、相談や医療機関の案内について記載してございます。こちらはこれまでの取り組みですので、ちょっと駆け足でさせていただきます。

続きまして、7ページをごらんください。7ページは、高齢者の救急医療に関する現状・課題となっております。

まず、1番で具合が悪くなったときでございますが、救急搬送された高齢者は、中等症、重症、重篤の割合が高くなってございます。また、その下、救急搬送時間ですが、平均で2.1分長くなっており、また、救急隊の平均現場滞在時間は、8ページになりますが1.4分長くなってございます。この8ページの下にございますように、高齢者が具合が悪くなったときの課題としましては、単身世帯や高齢夫婦世帯などではすぐに対応できないこと。あと、救急隊への状況を伝えられないこと、自力では医療機関を受

診できないことなどがございます。

続きまして、9ページをごらんください。

こちらは、2、救急医療を受けるときでございますけれども、まず二次救急医療機関の受入状況としましては、指定二次救急医療機関による診療実績はごらんのとおり伸びてございますけれども、このページの下の方のとおり、救急搬送患者の受入状況には医療機関で大きな差がございます。

それから、10ページに移りますけれども、「要介護者等」をキーワードとする東京ルール事案についてですが、平成23年は、この当時は高齢者という表記をしておりますが高齢者は1,179件、平成29年は1,123件ですので、ほぼ横ばいとなっております。アルコールや整形外科といった他のキーワードが大きく減少する中で、要介護者等が平成29年度は最も多く、全体の18.4%を占めてございます。

この10ページの下、課題のところですが、二つ目の丸のところでございますように、医療だけでは対応が困難な福祉的な背景を有する「要介護者等」は減っていないというのが現状となっております。

続きまして、11ページをごらんください。

こちら、3、救急医療を受けた後でございますが、現状では高齢者は入院期間が長期化しやすい状況にございまして、課題としては、入院患者の円滑な転退院に向けて救急医療機関と地域の医療・介護関係者等で情報を共有するなど連携を強化する必要があるとしてございます。

ここまでが現状・課題となっております。

次に、12ページをごらんいただきたいと思います。こちらは、第5、高齢者の救急医療に関する施策の方向性となっております。

まず、12ページは、地域の医療・介護関係者と救急医療機関が一体となって高齢者を支えていくイメージ図としてございます。小委員会の委員からは、高齢者を支える地域包括ケアシステムの中で救急医療機関も参加が必要なこと、それから、救急医療が独立しているのではなくて、つながっているといったご意見をいただいたところです。このため、図の左側に「具合が悪くなったとき」、「救急医療を受けるとき」、「救急医療を受けた後」という流れの中で地域の医療・介護関係者と救急医療機関の連携が常に求められるというイメージを図にしております。

上のほうになります。自宅で生活する高齢者は区市町村における地域包括ケアシステムの中で必要な支援を受けることとなりますけれども、救急医療を受けるときには必ずしも住所地である救急医療機関で受けるとは限りません。このため、ちょうど真ん中、太枠にございますように、二次保健医療圏を中心とした救急医療機関が連携して救急患者を受け入れていくということになります。そして、救急医療を受けた後は、また区市町村における地域包括ケアシステムの中で、もしくはその間にあります地域の入院医療機関が状態の安定した患者を受け入れていくという流れを示してございます。その上で、

13ページ以降、ご審議いただきたいと考えております。

では、13ページをごらんください。まず、1、救急医療に対する事前の備えでございます。

基本的な考え方としまして、一つ目は救急医療を未然に防ぐための普及啓発。二つ目は医療・介護関係者が患者情報を共有していくということとしております。このため、施策の方向性でございますけれども、リーフレットや救急医療情報キット等を高齢者の手に届けていくためには高齢者の方と接点のある方々から配布すること。また、(2)の三つ目の丸になりますけれども、救急医療情報キットが広く利用されるように、その記載情報を更新していく。そのためには、(3)になりますけれども、医療・介護関係者と連携した施策の推進として、この地域の医療・介護関係者のご協力により進めていくことというふうにしております。

このまま14ページの都の取組をごらんいただきたいのですが、(1)リーフレット等を活用した他の自治体の取組を把握し区市町村に提示すること、それから(3)では、救急医療情報キット等がより効果的に運用できるように、標準的な考え方や他の自治体の先進的な取組について区市町村に情報提供すること。(4)では、医療・介護関係者などの共通理解を深めて効果的に運用されるよう区市町村や関係団体に対して協力を求めていくこととしてございます。

続きまして、1枚おめくりいただいて15ページをごらんください。

15ページ、2、具合が悪くなったときでございますが、基本的な考え方として、二つ目の丸にございますように、身近な医療機関による医療の提供と、三つ目の丸になりますが、特に支援が必要な高齢者が相談・往診を受けられる取組の検討をしていくこととしております。特に施策の方向性の(2)としましては、医療と介護の関係者の連携では、自力で医療機関を受診できない高齢者に対する相談・往診体制や医療機関までの多様な搬送方法について検討していくこととしてございます。

都の取組としては、いわゆる病院救急車や民間救急車の活用などについての検討、それから16ページに移りますけれども、日ごろから高齢者と接する機会の多い介護関係者に対して協力を求めていくこととしてございます。

続きまして、17ページをごらんください。こちらは、3、救急医療を受けるときでございます。

基本的な考え方として、増加が見込まれる救急医療の需要に対応するため、医療機関が連携して地域の救急患者を受け入れることとしてございます。

施策の方向性として、まず(1)として、指定二次救急医療機関は救急患者を積極的に受け入れること。また、(2)として、地域の入院医療機関は状態が安定化した患者の受け入れに努めていくこととしてございます。

都の取組としましては、まず地域の実情を把握した上で休日・全夜間診療事業、今行っておりますが、この運用について検討すること。また、二つ目の丸で、救急患者の受

入調整を担う人材の確保の取組として、都は今年度から救急外来に救急救命士を配置する医療機関の支援策を予定しております。こちらについては、後ほど資料7でまたご説明させていただきます。

また、(2)の一つ目でございますけれども、地域における連携体制について検討し、それに伴う転院搬送については、いわゆる病院救急車や民間救急車の活用を促進していくこととしてございます。

それから、続きまして18ページでございます。4の救急医療を受けた後でございます。

こちら、急性期の治療を終えた高齢者が円滑に在宅療養生活に移行できるように、入院時から、もしくは入院前から入退院支援の取り組みを一層進めていくというふうにしております。

それから、最後に19ページをごらんいただきたいと思います。19ページは章が変わりまして、第6、その他の課題となっております。

こちらは、急な事態に備えるため、かかりつけ医をもって医療環境を整備することが求められていること。また、地域包括ケアシステムの構築に向けた体制の整備なども重要な課題でございますけれども、救急医療の分野だけでは対応できない幅広い課題となっておりますので、こちらに最後にまとめさせていただいております。

事務局からは以上となります。

○島崎会長 ありがとうございます。

ただいま事務局の最終報告案の報告がありましたけれども、まず検討委員会の委員長であります有賀先生に、議論の経過とか、あるいは補足、ご意見等、お願いいたします。

○有賀委員 先ほど来、委員長がという話があったんで、この報告案の24ページ、最後のページをちょっとあけていただきますと、そこに医療を受ける側とか、それから医療機関の代表、関係団体と、たくさんあります。ぱっと見ておわかりだと思いますけれども、医療機関としては、やはり地域の医療機関とか、それから東京都医師会とか、それから関係団体としては訪問看護ステーションの方や、それから介護支援専門員、いわゆるケアマネの方だとか、そういう介護の方も含めて議論を進めてきたという話になります。ですから、学識経験者のところでおわかりだと思いますけど、基本的には救急医療に比較的どっぷりつかっている人と、それから在宅療養のことで、普段からいろいろ活躍されている方たちと、そういうふうな感じで議論をしてきたと、こういう話になります。

背景そのものは、もうここにおられる方は大体おわかりだと思いますが、東京消防庁の救急車の、先ほど冒頭に高齢者の搬送の話がありましたが、一般的にその65歳以上の件がしばしば言及されますけれど、真にふえているのは75歳以上という話になります。75歳以上の方たちが運ばれて、これはいろんなところでいろんなデータがありますが、基本的には老老介護、要するにお年寄りが二人で暮らしているような二人

世帯とか、それからお年寄りの独居の世帯とかがあって、75歳以上の方たちが救急車で運ばれると、そのまま自宅に帰れるという話はなかなか難しいというのがあります。したがって、先ほど東京ルールの話もありました、10ページですか。要するに数そのものはいわゆる横ばいとはいうものの、ほかのジャンル、酔っぱらいとか精神とかというのがどんどん、いいあんばいに減ってきていますので、そういう意味では、今言ったここで議論しなくてはいけない患者さんたちの相対的な重みがふえてきていると、こういうふうな状況の中で議論が始まっております。

結論的には、先ほど12ページなどを使って説明がありましたけれども、やっぱり基本的にはそのような患者さんの流れをイメージしていただければわかりますけれども、一つは、比較的大きな病院に入ろうが、最終的には地域の入院医療機関が患者さんを診ると。ですから救急医療で患者さんを受け取ったとしても、やはりいわゆる地域密着型の病院のようところで、そのような患者さんを安定した後は引き受けていただいて、その後その病院の、その地域における、これから充実していかなくちゃいけないんだと思いますが、そういうふうな地域の地域包括ケアシステムとかいわれるような日常生活を支えるようなそういうふうな仕組みがしっかりと充実していかなくちゃいけないだろうと。ですから、迅速で適切な救急医療の流れという観点からすると、地域密着型の病院のより一層の本件に関するかかわりと、それからその病院がある意味仕切っていると言っていいかどうかわかりませんが、その地域のケアマネや訪問看護などを中心にするような生活の場面についてのさまざまな連携が強化されると。こんなようなことによって、この大きなテーマが少しずつ解決に向かっていくと。東京都の基本的な考え方についてのお話を今賜ったと、こういうふうなからくりだというふうに理解しております。全体を俯瞰すると今のような形になりますので、理解のための付録的な意見ということで。

○島崎会長 ありがとうございます。

非常に従来の問題点とそれに対する課題、それから12ページ以降は昨年の7月以降新しくいろいろなされたやつを書きいただいております。

委員の皆様方、何かご意見等。まず、これ中間報告で既に11ページまでは、皆様、一応はコンセンサスが得られているということでございますが、まず11ページまでで何かございますか。従来課題と問題点、非常に具体的でよくまとめられて、その現状・課題がうまく書かれていると思いますが、よろしいでしょうか。

じゃあ12ページ以降、いかがですか。新しい、7月以降検討された内容で、これも従来いわれているいろんな点を具体的な中身を含めて検討されておられるということだと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ、猪口先生。

○猪口委員 東京都医師会の猪口です。

12ページ以降で非常にいい話だなと思っているのは、以前その広域に救急搬送、迅

速で適切な医療を求めて非常に広域に搬送されて、その後、地元に戻ってくるそのシステムというものがはっきりなかった。だから、東京の場合には、ひどいときには山梨県に行ったり、それから栃木県に行ったりということで、リハビリだとか回復的な施設を求めて行っていたわけですがけれども、こうして広範囲な搬送が行われたとしても必ず地元の病院に戻ってきて、そして地域包括ケアに返していくという、そういうワンポイント置くという、そういうことを明示したというのは非常に画期的なんではないかなと。今後の救急においては、ここで地域医療構想とも全く一致する意見なんですけれども、出ても必ず地元が受け取る、その入院医療としてワンクッション置く入院医療をきちっと提供していくんだという形になっているのは非常に画期的ではないかなと思って、僕は非常に評価するところであります。

○島崎会長 ありがとうございます。

有賀先生。

○有賀委員 今、猪口先生が言われた件は、この報告書の中には入っていませんが、東京都病院協会だったか、東京都医師会だったかちょっと忘れちゃったけれども、高齢者の施設に入っている患者さんが、たまたま東京消防庁の救急車が呼ばれたと。そのときにその二次医療圏から外へ出た患者さんについてはもともとの二次医療圏のほうに戻ってくる率が極めて少ない。生活圏の中に入っているかどうか別にしても、出なければ少なくともまた元の長期療養的な環境に関して言えばその二次医療圏の中に戻ることができるというデータがあって、それを考えると、やはり、何はともあれ、万が一遠くに行っちゃったとしても地元のいわゆる地域密着型の病院に戻ってくるというふうなことが必要であるというふうなことがよくわかるというふうに思いますので、この件はかなり重要だと私は思っています。地元に戻ってきさえすれば、地元のいろんな人的または社会的な資源に関しては、遠くでうだうだするよりはよっぽど地元の人たちのネットワークの中に入れていただいたほうが、恐らく関係者の努力というか、流さなくてはいけない汗も比較的、遠くでうだうだするよりは妥当で合理的な水準でおさまるんじゃないかなというふうに考える次第であります。

○島崎会長 よろしいですか。

○猪口委員 本当に有賀先生のおっしゃっているとおりでありまして、もう一つ進んで言うと、ここに明示されているのが、はっきり地域包括ケアに戻すんだということなんです。今まで地元で、早く在宅に戻すんだとか自宅に戻すんだ、社会復帰だとかというふうなお話はたくさんあったとは思いますが、システム化されていないのが一つですし、地域包括ケアのその患者さん、それから生活者が生活しているそのサービスの中に戻していく、コミュニティーの中に戻していくということも、それははっきりとは書かれてこなかったんだろうと思うんです。救急はまず迅速で適切な医療をやるということだけにずっと終始してきたけれども、戻すところを明確にした。そして戻すところを明確にして、なおかつその方法としてワンクッション置くことも考えたほうがよいと

いうところまで進んでいますので、これは結果として必要なことを述べてきた報告書ではありますけれども、非常に画期的な報告書になっているのじゃないかなと本当に思っているところです。

ありがとうございます。

- 島崎会長 猪口先生の話は、もともとは非常に狭い範囲の区市町村の中での患者さんが遠くへ行くと、それ先生、二次医療圏を越えて遠くへ行く。二次医療圏でない。
- 猪口委員 東京では、現実的に二次医療圏でおさまるような救急医療をやってないわけですね。行ってこい、だから数としては超えているのが少ないように見えますけども、現実的には相当超えているわけです。
- 島崎会長 二次医療圏の中でも、例えば区市町村の医療機関から区市町村外の二次医療圏の病院へ移って、その戻りはいいんでしょうか。
- 猪口委員 ちょっとその数字自体は、はっきりないとは思いますが、ただ、例えば隣の区、隣の市に行ったときというのは、今までは二次医療圏としての協議会、地域救急会議だったかな、そういったものがありますので、二次医療圏としては比較的戻りはしやすかったらと思うんですけども、二次医療圏を越えた会議というのは全く今までないですから、やっぱりそういうところも意識したものが必要なんだろうと思います。
- 島崎会長 それがこういう形で、それぞれの区市町村の地域包括システムの中に戻していければいいなということですが、二次医療圏でも二次医療圏外でもいいんですけども、戻るときの病院間の連携、情報のやりとりというのが余り密じゃないですね。そこをきっちり具体的に決めておかないと、戻しましょうだけだとなかなかうまく動かないのかなという気はするんですけど。

はい、どうぞ。内藤先生

- 内藤委員 済みません。内藤病院の内藤です。

今お話ししていただいていることとか議論については、もうまさにうちのような地域密着の50床の急性期の病院においては本当に大きな問題でありまして、今、猪口先生おっしゃったことというのは本当に重要なことで、今まで救急と申しますと救急を受けてもらうという話ばかりであったのが、今度はその先の出口に近いところ、つまり地域包括ケアシステムと同じように生活に戻るといところまでを救急でこのように明示していただいているというのは非常に素晴らしいことだなと私も、繰り返しになりますけれども思っております。そういう中では、やはり救急で受けて大きな病院で受けた救急をまた突然在宅に戻すというのはなかなか難しい中では、そこから長期診てもらえるところをお願いすると、どうしても今お話のあったように少し遠いところに行ってしまう可能性があるので、ワンクッション地域の病院を使っていただいて、それでまた地域に戻す算段をしていただくといところまで今回の話に出てきているのは、ある意味では我々のような中小病院の役割をしっかりと提示していただいたという意味ですご

くうれしいことでもあります。

一方で、確かに先生がおっしゃるとおりで、じゃあ病院間の連携というのはどうなのかというのは実はまだできていないと思いますけれども、それはやはりこれ、今後そこをつくっていくということが、この東京都の救急医療の体制づくりでまた重要なところになってくるんじゃないかなというふうに私は日ごろ思っております。

それからあと、大きな病院から元の地域に戻ってくると地元に戻れるという話がどうしても前提としてありますけれども、実際のところ、ちょっと余計な話かもしれませんが、東京都においては、なかなか地元に戻ってきたからといって家に帰れるというばかりではなくて、そこから結局手配をしたところ、どうしてもそのいろいろな経済的な条件、生活的な条件からまた遠くに行くということもあり得るということは一応ちょっとお断りさせていただきたいなと思っております。

○島崎会長 だけど、声をかけるというか連携をとれているということが、一旦やはり直接のまた元へ戻るということではなくても、もともと出ていった病院がそのことをちゃんとわかっているというような情報が重要でしょうね。

○内藤委員 そうですね。ええ、重要だと思います。もともと大きな病院は多分、突然、認知症の高齢者が来たというぐらいの感覚なんだろうけれども、地元に戻ればいついつから住んでいる誰々さんという認識で診ていただけるというところがすごく重要なところではないかと思いました。

○島崎会長 はい、どうぞ。じゃあ有賀先生、先。

○有賀委員 じゃあ、譲り合ってもしょうがないので。

今、内藤先生が発言されたんでふと思ったんですが、広尾の日赤の救命救急センター、あその林部長と少し話をしたときに、ここで書いてあることそのものを話したわけじゃないんですが、やはりそういうふうな患者さんが来ると、早速そういうふうな先生のような病院と連携をとるんだというようなことは言っていましたので、恐らく救命救急センターなり大きな病院の救急部門のその責任者で、なおかつ患者さんのあれを積極的に面倒見ていなきゃいけないような立場の方たちは、これを見なくても、そろそろそういうようなことについて十分考えていかないといけないよねというようなことはわかり始めているんじゃないかなというふうに思っています。ということをちょっと言おうと思いました。

○島崎会長 木村さん、ちょっと待ってください。

坂本先生。突然ですけど、受けて戻す側の病院としては、地域との病院連携というか、その辺のところ、いかがですか。

○坂本委員 極めて重要で、今回の診療報酬改定でもその入退院支援ということで、患者さん入ってこられたときにケアマネがいればケアマネとも連絡をとって、その患者さんの1週間後、2週間後、1カ月後がどうなるかということを目測して、直接うちに帰れそうもなければ、もうその入院した段階でその次のステップの医療機関と相談を始める

ということが非常に重要になってきていますので、そういう有機的なことを今までは行き当たりばったりでいっていたものが非常にシステムチックに考えるということが病院のほうでも求められていまして、救急医療が円滑にいくためにはそれが非常に重要な条件ではないかなというふうに思っております。

○島崎会長 横田先生、いかがですか。同じような。

○横田委員 全く同じ意見です。診療報酬改定上のこともそうなんですけども、結局、ただ先ほど島崎会長がおっしゃったように、連携というところでどれほど実際機能しているのかなというふうによく思うんですね。いろいろ病院の中でもこの転院調整だとか、あるいは連携の調整の部分があるんですが、やはり人と人との見える関係というのが重要なんですけども、一方でシステム化されていないので、かなり人に頼っている部分があるということで、人によっては非常に円滑に調整ができる場合がある一方で、そうじゃない人が担当になるとすごく時間がかかってしまう、連携がうまくいかないというようなことがあるので、何かシステム化するような方向であるといいのかなというふうに日常思っています。

以上です。

○島崎会長 じゃあ木村先生、よろしく。

○木村委員 杉並保健所の木村です。ご報告、大変ありがとうございます。2点、ちょっとご報告させていただきたいと思います。

私、昨年、中野におりまして、中野で救急医療機関等、ちょっとアンケート調査をさせていただいたんですけれども、そのとき退院調整が一番難しい患者さんはどういう患者さんですかということでアンケートをとったんですけれども、大体どこの病院も同じ回答で、一つは、やはり低所得者層で生保に入っていない方たち。それから2番目はキーパーソンがない単身等の高齢者の方、3番目はやはり認知症等あってなかなかちょっと退院しづらい、調整が難しいというような、大体この3点がどこの病院も同じような回答をされていました。そこら辺が、地域包括ケアシステムとして区で病院から退院のときにどういうふうに受けるかということの中で調整が必要なことなのかなというふうに考えているところでございます。

あと2点目は、やはりアンケートをとったときに病院で、外来も入院も同じだったんですけれども大体70歳以上がもう全て中心ということで、それで人口動態からいきますと中野も杉並も大体同じようなものなんですけれども、85歳以上の方が半数近いです。やはり85を超えた方たちの状況ということの中では、これもちょっと人口動態を調べた中でそれなりにちょっとびっくりしたことなんですけれども、最終的に三次救急病院に行きましても、そのうちの3割か4割の方がいわゆる東京都監察医務院に行きました。ですから、病院に行ったとしてもそこで即亡くなるか、一、二時間のうちに亡くなってしまおうということなのかなと思うんですけれども、結局、最終的に救急で三次救急まで運ばれたとしても、そこでそういう結果になることということの中では、ある一定

の非常の高齢な方にとって救急車をどういうふうにするかという、実際どういうふうにするかって救急のときは救急車に乗るしかないと思うんですけども、最終的にどう医療を使うかということが高齢になったとき、あるいは家族の方とやはり考えていかなくてはいけないのかなということをおもいました。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

今のような介護の患者とかもひっくるめて、その基幹病院とか救命センターなんかの病院と、それから地域の病院の連携が実際にはほとんど、特に都会では余りとれてないんで、本当はそういうのをどこか仲介してくれるシステムがあると、病院間同士を含めて保健所がやってくれるといいのかなという気もしたんですけど。

はい、どうぞ。

○猪口委員 私がやっているのは200床ぐらいの病院なんですけれども、その平均在院日数が14日ぐらいで進めようと思うと、1日当たりの入退院ってどのぐらい必要かというと、20名の入院があって20名の退院が出る、それぐらいですね。もっと10日だとか縮めていけば縮めていくほど30名に近くなってくる。これを大体普通の病院だと四、五名ぐらいのソーシャルワーカーだとか連携室でやる。これはもう本当にマンパワーでやるのには限界に近い状況になっています。多分、大学病院のような1週間を切るような平均在院日数だとその比率はもっともっと上がってきます。もう今の東京の入院医療というのは、それぐらいマンパワーで、人間の力でやっていくには限界的だろうと思います。

ということで、東京都医師会としては電子カルテを持っているところは情報を共有するというので、東京都の事業としてその電子カルテをネットワークで共有するというのを東京都医師会が推進して今事業を、東京総合診療ネットワークというのかな、それを始めたところでもありますけれども、情報の共有だけではなかなか難しく、やっぱり二次医療圏から飛び越えて、先ほど言った低所得者、それからキーパーソンがない、それから認知症だとか、そういう受けてもらうための困難的なものをどうやってマッチングさせるか。急性期を受けている病院から地域の地域密着型の病院に移していくためのマッチングするようなシステムも必要ですし、それから、地域でその地元までいったところでいろんな方たちが、それは多職種が集まって会議するのも地元ですから比較的楽になりますけれども、その病院にしたって同じように、レベルとしては回復期ですからそんな20人も30人も退院させないですけれども、でも多職種を集めて会議するか打ち合わせするというのはすごく時間のかかる話ですよ。だから、そういうようなところの体制だとか、それから20人も30人も転院搬送するということは大変ですから、やっぱり消防救急を使わないで何かする搬送システムだとか、今のこの高齢者の非常に多くなった救急事情を円滑に進めていくためのインフラが今まだ東京にはないと思います。ですから、ぜひこの報告書を利用してインフラの整備に進んでいってくれ

るとありがたいなというふうな思いで発言させていただきました。よろしくお願ひします。

- 島崎会長 おっしゃるとおりというんですか、報告書の17ページの下段の一番下の(2)の上の丸のところに、転院を受け入れる連携体制について、地域救急会議等を活用して検討していくと。ここにかかわってくるのかなという気がしますが、例えば入院時にもう既に出口の病院をいろいろ話し合っで連携していくと、これ今いろんな方法あるかと思うんですけれども、その辺をひっくるめてこの報告書に今言ったようなところを、出口病院の連携をちょっと書き込んでいただければなという気がいたします。

ちょっと時間が押しておりますが、何かこの報告書でほかにいかがでしょうか。今の問題、非常に重要で、これから一つ大きな方向性を示すシステムになろうかと思いますが、ほかよろしいでしょうか。もし、後ほどでも発言があられましたらお願いしたいというように思います。

一応、この報告書についてはそういう形で終わらせていただきたいと思います。有賀委員長初め委員の皆様、お忙しい中、集中的に審議していただきましてこのような具体的で非常にすばらしい報告書を出していただきました。ありがとうございました。委員の皆様方もありがとうございました。

次に、報告事項に移りたいと思います。1番の高齢者施設における救急対応の円滑化について。説明をお願いいたします。

- 中新井田救急医療担当課長代理 それでは、お手元の資料の3をごらんいただきたいと思います。こちら、「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」となっております。

1枚おめくりいただきまして、「はじめに」をごらんください。

こちら、まず救急搬送実績は近年増加を続けてございますけれども、高齢者施設からの搬送割合も平成28年には4.3%へ上昇してございます。次のパラグラフですが、高齢者施設からの救急要請は緊急性が高い案件が多く、医療機関までの搬送に時間がかかってしまうケースも散見されてございます。その下のパラグラフですが、このため、都は、高齢者施設における救急対応の円滑化、これを目標としまして、救急対応の際の手順やポイントについて検討するための委員会を設置し、横田委員を中心に昨年度3回開催して取りまとめたものでございます。高齢者施設は種別や運営体制がさまざまございますので、施設ごとの実態に即した救急対応マニュアル、これを作成していただくためのガイドラインとして本資料を作成してございます。高齢者施設のほか、救急告示医療機関、地域医師会等に今後配布する予定としてございます。

こちらの資料の、次に3ページをごらんいただきたいと思います。

3ページ、こちらの資料ではまず救急対応手順のフロー図を示してございます。ここに示していますかかりつけ医とは、入所者の日常的な診療、もしくは健康管理をしている医師の方を指していますので、施設に配置されている医師や、あと協力医療機関等を

含んでございます。

その上で、4 ページ以降になりますけれども、まず各施設がマニュアルを作成する際の手順例を4 ページに示してございます。1 番の作成体制の構築から始めて、ずっといきまして7 番、マニュアルを作成し、8 番、職員への周知・教育をして、9、マニュアルを見直すというPDCAサイクルを繰り返していただきたいと考えております。

高齢者施設において円滑に対応できなかった例としては、例えば夜間に施設の担当がかわって詳しいことがわからない場合があったということもございまして、そのため、4 ページの2、施設内の人員体制や指揮命令系統等の確認といったことについて記載がございまして。

それから、5 ページ目になりますけれども、3、かかりつけ医との事前相談ですが、緊急時の対応が事前に決められていないことによって時間を要するケースもあったことから、こちらのところでかかりつけ医の連絡先や状況変化時の想定などについて記載してございます。

また、その下、4 では、事前に家族との間で協議がされていなかったり、もしくは緊急時に家族に連絡してもつながらないといったこともあることから、入所者や家族の情報の整理、ご家族の連絡先、看取り対応の希望などについて整理していただくことを求めています。

続きまして、6 ページ目になります。

5 の搬送手段の確認ですが、基本的にはかかりつけ医のご判断としつつ、緊急性がない場合には救急車以外の搬送手段について検討していただきたいということです。

それから、6 番、応急手当に係る条件整備でございますが、施設の職員の方が救命講習を受講できる体制を整えておくことや、資器材の適切な管理、それから応急手当の実施方法についてマニュアル化しておくことということを記載してございます。

それから、7 ページ目でございます。

7 として、高齢者施設における救急対応マニュアルの作成とございます。

8 としては、作成したマニュアルを施設職員に周知し、定期的に訓練を実施すること。

9 としましては、随時マニュアルを見直すこと等を求めています。

その次の8 ページ以降は作成例になりますが、まずは予想される状態変化時の対応についての作成例となっております。

おめくりいただきまして9 ページ目でございますけれども、こちらは救急対応手順の作成に当たってのイメージを掲載してございます。この手順は各施設が個々に作成するものでございますけれども、作成に当たってのイメージを掲載し検討しやすいものとなりました。

9 ページ目は入所者の具合が悪くなったとき、それから10 ページのほうは救急要請を行うときについて記載してございます。

それから、12 ページに進んでいただきまして、12 ページ、救急医療情報提供シー

トとして、こちら表と裏で様式を例示してございます。このシートはひな形でございますので、個々の施設で適宜加工していただけるよう、今後、福祉保健局のホームページ等を活用してデータを提供できればと考えております。こちら14ページ、15ページは、その記入例を掲載したものとなっております。

最後、16ページになりますけれども、救急対応マニュアルの作成と円滑な運用に向けてでございますけれども、一つ目の丸にありますように、高齢者施設においてはその役割により、さまざまな種別が存在していきまして必要な職員配置等の基準も異なっておりますので、各施設で可能な限り最善の策を検討いただき、常日頃から対応力向上に努めていただくことが必要としております。

それから、三つ目の丸でございますが、作成した救急対応マニュアルを踏まえまして、施設内における各職員の役割等について日ごろからの話し合い、それから研修を行うことが重要と記載してございます。

こちらのガイドラインにつきまして、事務局からは以上となります。

○島崎会長 ありがとうございます。

このガイドラインの検討委員会の委員長である横田先生、議論の経過とか補足、あるいはご意見等、よろしく願いいたします。

○横田委員 一部補足させていただきます。

1ページ目の「はじめに」のところに、この検討会の位置づけですけれども、東京都医師会、あるいは救急医、それから高齢者施設、これは実はさまざまな施設がありまして、休日・夜間、いつも医療スタッフがいる施設から、例えばシェアハウスのようなものもその高齢者施設に入るということで休日・夜間は医療スタッフがいなくて、そういう施設もむしろ多いということ。それから、もちろん東京消防庁の皆さんにも入っていただき、民間救急の代表の方にも入っていただいた、そういう検討会でございます。

ということで、あくまでそれぞれの施設の救急の対応のマニュアルをつくる、そのガイドラインという位置づけです。議論は非常に熱心に行って、どこがキーワードになるかということなんですけれども、そういう議論の中で出てきたのが、この3ページのフロー図の中の、一番上の部分ですね。ぐあいが悪くなったときに、それが予想されていた状態なのか、そうでなかったのかということところがポイントなのかなというふうに思います。高齢者の施設で具合が悪くなったとき、イコール看取りでは決してないというところを、やはり強調して、一方で予想されていた場合というのは、家族等の、あるいはご本人のもともとの意思というのを十分考えて対応があり得るだろうと、こういう考えでこのフロー図をつくってみました。

そういう中で、かかりつけ医というのが一番重要になるんですが、かかりつけ医の先生にいつも連絡が取れるということではないということで、このかかりつけ医と連絡が取れない場合ということで、この四角書きにしております。

それから、ずっと見ていただいて、この8ページのその予想される状態の変化時の対

応、実はこれもたくさん皆さん意見をいただきました。血圧が幾つの場合だとか、あるいは細かなバイタルサインだとか所見だとかというのがあるんですけど、ただいま、お話ししたように、施設によっては夜間休日は医療スタッフがいないという場合もあるので、そこはむしろ各施設でこの8ページのところは書き込んでいただく。この例としては非常にわかり安い、誰でもがわかりやすいような形を例に挙げて、実際のところは各施設で書き込んでいただこうと、こういうことであります。

それから一方です、救急車を要請したときには、救急隊の皆さんはどのような状態で救急車を呼んだのか、あるいはふだんどのような状態なのか、どのようなお薬を服用しているのかという情報は、やはりどうしても必要だということで、このようは11ページから12ページ、あるいは13ページ救急隊への申し送り事項と、こういった内容をマニュアルを作成するときのガイドラインとして載せさせていただきます。

私のほうからの追加は以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

高齢者施設、ピンキリって言いますかね、非常に幅の広い施設の内容によって違うということですが、それらの入所者の緊急対応時ということで、こういうフローチャートをつくっていただいております。

これを見ますとやはり、一つは高齢者施設の職員がそれなりのことをしっかりと自覚して、職員への教育等含めて重要だなというように私は聞いておりました。

それともう一つは12ページの、救急医療情報提供シートの中の真ん中の四角の一番下の、緊急時の医療処置に関する希望、これアドバンス・ディレクティブを含めてですね、看取りとか終末期もここに入るのかなというような感じで、ちょっとこの表を見ていたのですが、何かございますでしょうか。

有賀先生。

○有賀委員 二つあるんですが、一つはですね、介護の方たちと、その方たちの面倒を見ているナーシングスタッフですよ。そこら辺の関係性において、複数の方たちと色々な議論をした中で思うのは、やはり介護の方たちの医療に関するいろんなことについては、やはり関係する、その施設に関係しているナースの方がそれなりのインセンティブを取らないと、なかなかうまくいかない。だから、つまり心臓がとまっても私に連絡なさいと。マニュアルなんかいないというふうな話になってくる。荒っぽい看護師さんも中にはいるんだそうです。だからそういう意味ではね、この8ページのほうに医師の事前指示だとかかかりつけ医にというのがありますが、介護の方たちからすると直接的な親分はどうやらナースらしいというふうなことからすると、そこら辺のマニュアルなんかいないのって言っているような、激しい看護師さんも中にはいるんだと。これ、全部が全部かどうか知りませんが、そういう人もいるというふうなことからすると、やはりこのマニュアルそのものはナースの方たちの位置づけ等もやはり一定の水準でこうなるんじゃないかと、読み込むというか入れ込むというか、そういうふうな文化

を介護の世界に持ってこないといけないんじゃないかなというのがあるので、ちょっとそこら辺も少しどういうふうになっているのかなというのをちょっとコメントいただきたい。

それから、もう一つはですね、3ページの下のところには#7119がありますけれど、確かにここに連絡していろいろ相談するというのは極めて具体的でやっていいとは私は思いますけれど、これも例の#7119のトリアージの仕組みのそのプロセスの延長線上で家庭でできるそういうふうな方法論を東京消防庁などから発信されていますよね。ですから、そういうふうなものを使うという話はあっていいんじゃないかと。これは私の関係するNPOの法人で東京で1回やりましたが、介護の人たちから非常にいい、だからJTASの、ナースが使うようなものを土台にしてやってみたらですね、結構何か評判がよかったので、それからその評判を聞いて今度は今週末に熱海で、国際医療福祉大学の中でアズミ先生って先生がぜひそれをやりたいというんで、NPOの僕らの仲間が出張に行きますが、そういうふうな意味で、家庭でできるトリアージのあの仕組みをこの中にちょっと味つけすると、介護施設そのものも、何かと便利なんじゃないかなと思ったりするので、ちょっとその二つはどんなふうな議論になったのか、もしなっていなければ、場合によってはちょっと味つけしてもいいんじゃないかなというそういう意見でございます。

- 行本救急災害医療課長 済みません、事務局ですけれども、まず1点目につきましては、4ページにございますが、まず1番目に作成体制の構築、私どもも今回のこの検討会を立ち上げていくに当たって、高齢者施設もいろいろと幾つか見させていただいたんですが、やはり先生おっしゃるようになりますね、かなり職員間のバランスだとか、体制そのものが相当違いますし、そのバランス等もまちまちだということですね、やはり個人のそういう職種だとか、個人の職員にやってもらうということではなかなかうまく進まないだろうということで、組織立って、例えば管理者が中心となっていくんだという、まず体制づくりから入るべきじゃないかということで、この1番の作成体制の構築という形で述べさせていただいております。

また、実際このガイドラインを各施設等に配布するときも、そういう管理者向けにもそういうことをちゃんと周知していきたいかなというふうに考えております。

- 有賀委員 施設における看護師の位置づけというのは一般的に言うと、かかりつけ医よりももっと、もっと濃いんじゃないかと私は思っているんですが、そこら辺はどういうふうになっているんですか。管理者からすれば、職員の中のナース、看護師に一定の水準で、この事前相談とかがあってありますけれど、そういうふうな人とどういうふうに意欲的に相談をしていくのかという話が極めて重要じゃないかと僕は思うんですが、これはちょっと話が大きくなって申しわけないんですけど、医療事故ってありますよね。医療事故の民事裁判の認容率って今2割ぐらいなんですよね。要するに訴えられた人たちが勝つ率が。介護の世界では5割って言ってました。これは何言っているかということ、ナー

スがですね、ナースがあんたが悪いというふうになっちゃうものだから、結局介護側が負けると。今保険でやってるみたいですけど、その保険も結構今逼迫しているって話も聞きましたが、いずれにしてもそういうふうな状況なので、かかりつけ医は確かに重要ですけど、ナースがもっともっと現場でいろんなことで重要な役割をやってるんじゃないかと僕は思っていたので、そこら辺はちょっと大丈夫というのが僕の気持ちでございます。

○島崎会長 横田先生いかがですか。

○横田委員 済みません。かかりつけ医のお話あるいはナースのお話だったんですが、冒頭にお話ししたように、高齢者施設というと、非常にさまざま、我々のイメージではかかりつけ医がいて、ナースがいて、その下にたくさん補助をする人がいるというイメージで確かに議論を始めたんですが、実は先ほどお話ししたように、ナースが必ずしもいつもいない。あるいはそういう施設も高齢者施設という中に入ってくる中で、今事務局がお話ししたように、各職種間もしくは部署間の調整というふうな形に最大公約数的に書き込んだんですけども、もちろん各職種の中に具体的な職種、例えば医師や看護師やそれ以外の職種を書き込むことは多分可能だと思うんですが、全ての高齢者施設で、今お話ししたような体制ができるかという、なかなか難しい施設もあるのかなというのが1点です。

それから、2点目は、この#7119のところですよ。そういうわけで、JTASが使用できるというのもやはり、かなり経験のある看護師さん以上だというふうに思うので、ここはこのような表現になってしまいましたけれども、これはある意味施設もある程度守るというふうなニュアンスでこんな、四角書きをさせてもらいました。議論の経緯は以上です。

○島崎会長 有賀先生おっしゃっている看護師というのは、施設、それともかかりつけ医に連絡の前の。

○有賀委員 もちろん施設です。

○島崎会長 施設の看護師。いないよね。いない施設いっぱいあるわけで。

○有賀委員 けどそうは言ったって先生、そういうふうな人が全くいないわけじゃないんですよ。

○島崎会長 それにかわるような人たちも、今後やはり。

○有賀委員 そのヒエラルキーにこそ今問題が残っているということですよ。だから、こういう普遍的なものをつくろうと思うとそうなんだけど、脚注でもいいから、そういうふうなことが今、起こっていると。だから、その部分についてフォーカスさせなさいというようなことは入れておかないといけないんじゃないかと。

○島崎会長 エアポケットみたいなことですね。確かに。

○有賀委員 それから、これ猪口先生のデータだったと思いますが、介護の方が病院救急車を呼ぶというふうな仕組みにした途端に事例の数がどんとふえていますよね。ふ

えたというふうな話が、葛飾でありますよね。ですから、そういう意味では介護の方たちが119番通報できるような、そういうふうな仕組みをどういうふうにして支えていくかということが多分、大事だと思うので、ナースの上という、今、話ことができましたが、そうではなくて、赤がわかるというぐらいのレベルであれを使うというふうなことで話をすると熱海でお呼びがかかったようなことが起こっているということですね。

- 島崎会長 これからそういう形で、そういう看護師等を含めて、あるいは看護師がいない施設も含めてどういう格好でこのかかりつけ医に連絡し、指示を受ける前にこのシステムをうまく動かしてしていくということですかね。

どうぞ、新井先生。

- 新井委員 東京都医師会の新井ですけれども、この検討委員会的时候にも発言させていただいたんですけれども、これは先ほどから出ているいろんなレベルの高齢者施設の中でのマニュアルをつくるためのガイドラインということで、やはりこれを発出したときに、丁寧に各施設に応じたマニュアルができるような説明が大事だろうということで、これは東京都のほうでやっていただけというふうに聞いているんですけれども、そこがだから有賀先生がおっしゃるように、かかりつけ医が余りいなくて、むしろナースが主導となってやっているところは、この取り組みのところがナースになってもいいかもしれませんし、そういうようなことを丁寧に説明して作成するというふうな、そういう指導が大事だと思ひまして、そして、こういうマニュアルをつくった後にですね、また来年救対協でもよろしいと思うんですけれども、この高齢者施設からの救急搬送がどの程度変わったのかという、その見直しというのはぜひ大事だと思いますので、その辺は東京消防庁でぜひよろしく願いいたしております。救対協ですので発言させていただきました。

- 島崎会長 ありがとうございます。本当は施設別にこのフローチャートがあればいいんでしょうけど、何かこの前東京都から送っていただいたんですけれども、施設もいろんな種類があって、要件が少しずつ異なっていますね、なかなか大変なので、それ別のもので、今回はそれは無理でしょうけれども、今おっしゃったような看護師の役割を米印で入れるとか、そういうのをちょっと考えていただければなというように思いますね。

看護師のいないところはそれに相当する何らかの、今後それにかわるような人たちを置く必要があるとか、その辺のところをちょっと考えていただければ。

この報告書に関わることでいかがですか。よろしいでしょうか。どうぞ。

- 内藤委員 内藤病院の内藤です。

やはりこれ、私も幾つかの施設とかの連携ありますけれども、やはりその中では看護師がいて、しっかりリードできているところというのは非常にいいんですけれども、やはりいないところだと、介護スタッフの看取りに対する姿勢とか、死に対する姿勢、考え方が結局かなり左右されてきてしまうと思いますので、ちょっとお話が飛んでしまいかもしれませんが、救急においては先ほどの地域包括ケアにおけるのと一緒で、

やはり死というものとか、最後の看取りということに関してもっと普及していかないと、こういう問題もなかなか解決してこないのかなというふうに、ちょっと日ごろ思っていましたので、一言つけ加えさせていただきました。ありがとうございます。

- 島崎会長 おっしゃるとおりで、先ほど最初にちょっと申し上げましたような、マニュアルの記載事項の、緊急時の処置の有無の希望とかですね、この辺のところをきっちりこれから徹底していくということで、そういうことを職員もきっちりと自覚してやっていくということが必要かなと思いますね。

ありがとうございました。

次に、時間が押しておりますので、次にいきたいと思います。東京都の保険医療計画の改定について、説明をお願いいたします。

- 中新井田救急医療担当課長代理 それでは資料4-1をごらんください。こちら3、心血管疾患とございます。東京都保健医療計画につきましては前回協議会にお諮りしまして、ご意見いただいたところで、本年3月に保険医療計画が改定されましたので、ご報告いたします。

この資料4-1の、ちょっと飛ばしまして7ページをごらんいただきたいと思います。7ページのところの上のほうに取組1、発症予防のための普及啓発でございます。生活習慣の改善とか、あと高血圧を初めとする危険因子を減らすことが有効であることについての普及啓発を記載してございます。

それから、その下、取組2でございますが、都民や患者家族による応急手当の普及推進として、都民の皆様がAEDを使用しやすい環境づくりや講習会の実施などについてふれてございます。

それから次のページでございますね、取組3でございますが、速やかな初期治療の実施として、CCUネットワークや急性大動脈スーパーネットワークの体制の確保などについて記載してございます。

最後に取り組み4ですが、早期退院と社会復帰の促進、重症化予防・再発予防のための継続的な支援として、患者さんが早くからリハビリテーションを受けられるための体制づくり、それから疾患の再発予防等に向けた、多職種が連携した支援のあり方について、検討するというふうにしてございます。

評価指標については、9ページ、ごらんのとおりとなっております。

それから、続きまして、資料4-2、救急医療のほうをごらんいただきたいと思います。この資料4-2もですね、9ページから取り組みが書かれてございますので、そちらをごらんください。9ページ、四角ですが、取組1として救急受入体制の強化として、救命救急センターの現状を踏まえながら連携のあり方について検討。この点につきましては、国から救命救急センターの新しい充実段階評価という通知がございましたので、それは次の資料でご報告いたします。

そのほかですね、下のほうになりますが、精神疾患のある救急患者を円滑に受け入れ

るための対応力向上を目的としまして、今、日本臨床救急医学会が監修された、P E E Cコースというものの含めた研修を都として今年3月から実施してございます。今年度も、年3回を予定してございます。

それから、1枚おめくりいただきまして、10ページは取組2となっておりますが、これは先ほどご審議いただいたところでございます。

最後11ページ、取組3で、救急車の適正利用の推進とございます。二つ目の丸のところ、緊急性は低いですが、医療処置が必要な患者の転院搬送の際に、いわゆる病院救急車や民間救急車を活用した場合の費用についてですね。こちらは、都として昨年11月分から補助しているところでございます。そういった内容を書いております。

評価指標については、ごらんとおりとなっております。

事務局からご報告いたしました。

次に、資料5-1をごらんください。

こちらの資料、ことしの2月に厚生労働省から各都道府県宛、救命救急センターの新しい充実段階評価について通知があったものでございます。評価項目や是正を要する項目としましては、次のA3判になります資料5-2ですね。A3判の資料5-2になります。

この中で、例えば、番号が振られておりますけれども、7番ですね。7の、7.1というところございます。年間に受け入れた重篤患者数としまして、所管人口という言葉が出ております。現在東京都の人口約1,300万で、救命センターは26施設ございますので、均等に割りますと、1施設あたり約50万人となっておりますけれども、設置されている地域、人口等について、救命センターのほうからさまざまなご意見をいただいているところでございます。

それからその番号下の、8番でございますが、救命救急センターに対する消防機関からのというところでございますが、評価点の三つ目のところ、院外の委員会、メディカルコントロール協議会等で応需状況の改善等に向けた検討を実施している、3点とございます。

こういった形で、こちら26番とか33番についても同様なんですけれども、病院だけの取り組みでは対応できないものが含まれておりますので、その対応について、今後検討が必要と考えております。

そのほか、この評価項目の定義については、次の資料の資料5-3で、国のほうで通知されてございますけれども、今後各救命救急センターの間で共通認識を持てるようにということで、都は先日ですね、26の救命センター宛にアンケートを発出しております。今後、今月末を目途にセンターからの質問を取りまとめの上、厚労省に確認をする予定となっております。

次に、資料の5-4でございますが、評価区分というのが出ております。これまで、AからCの3区分評価でございましたけれども、今現在全ての救命センターがA評価で

ございます。新しい区分では、S評価が新設されまして、さらに評価基準ですね、これは平成30年、下に31年、裏面で32年と段階的に点数が変更されるものとなっております。

こういったことからですね、資料5-5は重篤患者数とか、資料5-6は変更点についてまとめたものでございますけれども、この点につきまして、今後の予定になりますので、ちょっと資料8のほうをおつけしたのですけれども、こういった救命センターの点について、整理しまして、まず、資料8で三次救急医療施設の運営会議というものがございまして、そちらで調整した上で、次回またこちらの協議会にその内容をお諮りしたいと考えております。

救命センターについては以上となります。

○島崎会長 ありがとうございます。

救命救急センターの充実度評価。私が一番最初に救命救急センターの充実度を公表してやったらどうだということで、実際やった1番最初のころはですね、A、B、Cきれいに分かれてですね、やり安かったといいますかね。ただ、それに補助金が絡んでくるとどんどん、どんどんCがなくなって、Bがなくなって、ほとんどがAというような格好になって。ところが、書類上の審査をうまく切り抜けると皆Aになるという。実際一生懸命やっておられるところかはかなりフレムだというような実態があったもので、今度Sを設けて、このような形でやっていくということになります。

これ、横田先生、坂本先生は直接、坂本先生が、何かありますか。

○坂元委員 これ自体は日本救急学会の診療の評価指標に関する委員会と、あとは厚生労働科学研究の山本班の中で、やはりあの救命救急センター、時代の変遷とともに求められるものが変わってきていますので、特に地域の中で救命救急センターの役割がどのように果たしているのかというようなことを観点として評価項目の案を出して、報告書として今きました。

ただ、最終的にこの点数化をして、A、B、Cと基準を決めているところは厚生労働省のほうで行政的な判断で決めているところでありまして、努力してもなかなか、評価が上げられないようなところに財政的な援助をしてあげたほうがいいのか、あるいは頑張っているところに給をあげたほうがいいのかということはずっと議論があるところなんですけれども、一応、この点数を高めるような努力をすれば、その医療機関としての救急医療に対する、三次救急に対する対応能力が上がるであろうということを考えてつくられているもので、今回、Sという、模範となるようなレベルというものをつくって、そこから診療報酬でも加点がはいるということで、今年度の評価でSがつくと来年度上がるということなんですけれども、非常に結構厳しくて、恐らく全国でも一桁か、せいぜい20施設ぐらいじゃないかというのが、29年度試行調査の結果からは予測はされているところですし、それからあと、これを見るとわかるように、来年もしSでも、その次の年にもう1回Sをとろうと思ったら、2点点数をさらに上げないとSが維持で

きないという、すごい厚労省の厳しいシステムになっておりますので、これをSをとり続けるというのは、結構かなり、不断の努力をしていかないと厳しいのではないかなというふうに思います。

○島崎会長 ありがとうございます。

2、30しかSがとれないというお話でびっくりしたんですけど、結構大変ですね。だけど、大都会を除くと救命救急センターそのものの役割というのは、それなりに各地域では一応評価されて落ちついてきて、実際には今ここで話しているような二次医療機関、あるいは高齢者を、最重症じゃないけれども、高齢者をどう扱うかというようなことに関わる医療機関の問題のほうが全国的には研究としては非常に大きいのかなという気がします。

よろしいでしょうか。

続いて、時間がもう大分過ぎているな。4番と5番、説明をお願いします。

○中新井田救急医療担当課長代理 それでは、資料6-1をごらんください。こちら、東京ルールの運用状況についてまとめたものでございます。上のほうは、救急搬送人員、年々増加してございますが、一番右側ですね、速報値で70万件を超えてございます。ただ、全体の流れとしては、平均応需率については上っておりますし、東京ルール事案は29年中は6,090件まで減少しております。

ただ、その一番右側の平成30年3月までの実績で、簡単にちょっと補足させていただくと、東京ルール事案が6,531件と、ちょっと増加しております。これは、ことしの1月と2月なんですけれども、インフルエンザの流行が前年より多かったことや、あと大雪の日があったということで、要介護とか整形外科のルール事案がふえたところがございます。ただ、3月以降は前年レベルとなっておりますので、今後また推移を見ていきたいと思っております。

1枚おめくりいただきまして、資料6-2につきましては、これは12の各医療圏別に発生件数の推移をまとめたものでございます。

それから最後に資料7についてご報告させていただきます。こちら、東京都救急搬送患者受入体制強化事業とございますけれども、救急外来に医師や看護師以外でも対応可能な調整業務を行う人材を配置するということを目標としまして、昨年モデル事業として、4病院実施しまして、救急救命士を配置することで、応需が改善されたという結果が出ております。このことから、今年度からですね、救急救命士を配置する医療機関を支援する取り組み。まだ、具体的な要綱等定めてませんので、(案)となっておりますけれども、30年度、今年度はまず32施設で始めまして、また31年度に新たに32施設追加して、それぞれ、3カ年継続を予定してございます。

事務局からの報告は、簡単ですが以上となります。

○島崎会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか、ご質問なり、ご意見。どうぞ、新井先生。

○新井委員 最初の審議事項にも絡むことなんですけれども、やはり、受け入れ態勢ということが、地域包括ケアシステムの救急医療については今回余り話題にはならなかったんですけれども、やはり東京都の救急専門医の一方の確保というのが非常に重要な話になってくるんだと思います。

先ほどの救命救急センターでの評価項目でも、やはり専攻医と専門医の数というのがあげられておりますので、これから、私どもの病院なんかも、二次救急なんですけれども、救急医が少なくて、夜なかなか対応できないというような事例もありますので、その辺の確保事業というのは非常に取り組みとしては大事なのかなということで、述べさせていただきました。

○島崎会長 横田先生、救急学会の理事長として、専門医をもうちょっとふやせないかというようなことになるのかね。

○横田委員 本当に新井先生の、今力強いお言葉です。一方で、専門医機構のほうは、5都府県、東京都、神奈川県、愛知県、それから大阪府、福岡県というのをシーディングを掛けているんですね。これは、我々学会としてはいろいろ、そうではなくて地域にも支援をしているというふうな形。あるいは東京都としてもまだまだ足りないんだということで、少なくとも救急医のシーディングに関しては、そうしないようにというふうな申し入れをしているんですけど、なかなか一方で難しいというふうに思います。

それから、東京都の取り組みとして、医学部の学生に救急医、将来救急医になることに支援をしていますよね。これもやはりどこかに、報告の中に入れて、さらにそれが拡大するような形にぜひ、我々としてはお願いしたいなというふうに思います。ちなみに、私どものところにもその支援を受けた学生が卒業して、今回プログラムに入った者がおりますので、こういった取り組みがどんどん、どんどん広がると救急医を目指す学生あるいは臨床研修医がふえてくるというふうに思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○島崎会長 東京都さんのほうもよろしくお願ひいたします。

救急あるいは救急ERあるいは救急の救命センターで働く先生方の専門医制度というのは、一般診療科とは、少し性格が異なりますので、その辺を含めて、ぜひとも支援、これからもよろしくお願ひいたします。

一応、今までの報告事項を含めて、全体をとおして何かご質問なりご意見ございますでしょうか。まだご意見出しておられない方、南先生いかがですか、全体聞かれて。

○南委員 ありがとうございます。

本当に、この高齢と救急という問題が本当に大変だというのがきょうの話で改めて再投影されてきたというか、これ、報告書をぜひ少しでも多くの医療関係者だけではなくて、やっぱりいつも、私は新聞社なのでこういう問題を社会全体で共有するためにはどうすればいいのかなということを考えるんですけれども、やはり皆さん極めてご自身とかご家族の健康や命のことには本当に過剰なまでの関心があるんですが、やはり社会全

体のこととか、いかにしたら全体をよく回るかとかという話になると極めて関心が遠のいていくという、この社会全体の問題としてどういうふうに共有するのか、きょうのお話を伺っていると、やっぱりまだまだすごく大変で、社会のほうの要求や権利意識のほうは上がる一方で、本当に大変だというのがよくわかりましたので、これを私どももそういうふうにと受けて、少しでも知っていただくように思いますけれども、そういうところが私どもとしては課題かなと。

特にきょうは、今朝たまたまテレビを見ていましたら、非常に救急では評価の高いフランスのSAMUがああいう、ごらんになった方も多と思うんですが、大変事件があったようで、フランスでは大変な苦情が出ていると。日本は119番をして、相手にしないとか人が来ないということはちょっと考えられないことで、ああいうことがあるのはまあ、いいことだなと、いいことというのは変ですけども、やっぱり国民も改めて世界中がこういう状況だということを考え直すのかなというふうに思いましたので、ぜひ、こういう機会に、なっていることを共有したいと思います。

○島崎会長 ありがとうございます。

ああいう事件で、改めて日本の救急医療システムがすばらしいというようなことを含めて、東京都もこういう対応で頑張っているんだということを含めて、ぜひともメディア等でよろしくお願ひしたいと思います。

阿真さん、山下さん、何かございますか。

○阿真委員 ちょっと戻ってしまうんですけども、資料2の13、14ページのところで、リーフレットを作成するということが幾つか出てきていて、今回ちょっと、今までのリーフレットとは趣きが違うところもあると思うんですけども、ぜひ、今までも東京都や消防庁やさまざまところでよいものをたくさんつくられているので、そういったものを活用しながらプラスで今まで入っていないところについては補足していくというような形で、本当にいいものがたくさんあるので、そういったものをぜひ生かしながらというところでお願ひしたいなというふうに思います。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

もう時間が押しております。まだご発言のない方で、ぜひとも言っておきたいというようなこと、ございますでしょうか。皆様にご指名し切れなかったんですけどもいかがですか。よろしいですか、どうぞ。

○矢野委員 南町田病院の矢野です。途中有賀先生のほうからりましたけど、75歳以上の救急ということで一言ありました。やはりですね、75歳以上というのと、一つ何か、今後東京都でもピックアップして、やっぱり見ていかないとというのが。やはり、途中あった要介護者も圧倒的に75歳以上が多いということで、65歳以上は比較的元気な方も多いので、やっぱり超高齢社会ということで、75歳以上というところが一つ、やっぱりちょっと今後注目して行ってほしいなということと、それが、ソーシャルワーカー

ーが非常に困るケースにつながるということにもなりますし、あとはやはりソーシャルワーカーを病院が確保するのに、出すほうの病院でソーシャルワーカーを雇うのは非常に難しい。ソーシャルワーカーの人気って、どうしても受ける側の病院のほうに多いということもあるので、その辺もちょっと東京都さんも交流していただいて、何か考えていただければなと思います。

以上です。

○島崎会長 ありがとうございます。

私の不手際で時間が非常に押してしまいました。一応、以上をもちましてこの会議は終了したいと思います。

事務局にお返しいたします。よろしく。

○行本救急災害医療課長 島崎会長を初め、各委員の皆様、精力的にご議論いただきまして、また貴重なご意見たくさんいただきまして、誠にありがとうございました。本日のご意見等、踏まえまして、今後も都民が安心できる救急医療体制の充実、強化に努めていきたいと考えておりますので、引き続きご指導のほどよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了させていただきます。

長い時間、どうもありがとうございました。

(午後 7時10分 閉会)